

La continuità tra ospedale-territorio: l'esperienza dell'azienda ULSS 16 di Padova.

dott. Daniele Donato ¹, dott. Pietro Gallina ¹, dott. Ugo Baccaglini ², dott. Francesco Costantin ³, dott. Fortunato Rao ⁴

¹ Direzione Sanitaria Azienda ULSS 16, Padova

² Centro multidisciplinare di Day Surgery - Azienda Ospedaliera / Università di Padova

³ Direzione dei Servizi Sociali Azienda ULSS 16, Padova

⁴ Direzione Generale Azienda ULSS 16, Padova

ABSTRACT:

L'azienda ULSS 16, della Regione Veneto, serve il territorio di Padova e dei comuni limitrofi per un totale di quasi 500.000 abitanti, dei quali circa il 20% ha un'età superiore ai 65 anni. Una delle caratteristiche peculiari è la presenza, nello stesso territorio di tre aziende sanitarie (AULSS 16, Azienda Ospedaliera di Padova e Istituto Oncologico Veneto), nonché una presenza molto forte del Privato Preaccreditato e del Privato ^a. Tutti questi servizi sono interconnessi a diversi livelli (ospedaliero/territoriale) in una logica di rete. Obiettivo fondamentale di tale organizzazione dei servizi è la centralità del cittadino rispetto ai servizi, in una logica di accessibilità, presa in carico, continuità delle cure ed appropriatezza.

Per ottenere tale obiettivo sono state portate avanti negli anni azioni molteplici: sviluppo della rete dei servizi territoriali, implementazione delle attività di Valutazione Multidimensionale nei distretti, il superamento del vecchio "Ospedale Geriatrico" con la creazione della Struttura Intermedia, la riconversione del vecchio "Ospedale dei Colli" in un Complesso Socio-Sanitario, a valenza territoriale, l'attivazione di Hospice e Cure palliative Domiciliari, l'avvio delle equipe territoriali di assistenza primaria (ETAP) e dei Nuclei ad Alta Intensità Socio-Sanitaria nelle strutture residenziali (NAISS), l'istituzione del Servizio di Continuità delle Cure (SECC) quale importante "snodo" tra ospedale e territorio, la creazione di percorsi di dimissione ed ammissione protetta tra ospedale e territorio.

^a La Regione del Veneto nel proprio impegno in materia di promozione della qualità, ha approvato nel 2002 una disciplina quadro sull'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali, pubbliche e private, anche senza fini di lucro. Tale disciplina quadro è rappresentata dalla L.R. n. 22 del 16 agosto 2002, "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie". Nel caso specifico si fa riferimento alla forte presenza nel territorio padovano sia di strutture private provvisoriamente accreditate ad erogare per conto e con oneri del SSN assistenza specialistica ambulatoriale ed ospedaliera, per le quali si sta concludendo il processo di accreditamento ai sensi di tale legge, sia di strutture sociosanitarie accreditate, sia di strutture private autorizzate ma non accreditate.

Nel momento in cui si ragiona in termini di sistema di rete e nella logica dell'appropriatezza si possono ottenere anche importanti risultati. A Padova tale modello ha portato ad una riduzione degli accessi inappropriati al Pronto Soccorso e dell'ospedalizzazione; l'Ospedale diventa così effettivamente il luogo di cura dell'acuzie. Ciò si deve ovviamente accompagnare a una notevole sensibilizzazione di MMG, Distretti e Medicina Convenzionata, con la necessità di condividere percorsi diagnostico-terapeutici comuni come parte integrante del sistema.

Fondamentale diventa, anche per questo motivo, lo sviluppo di un Sistema Informativo, sia per permettere un rapido scambio di informazioni sul paziente, che per facilitare la comunicazione tra servizi. Importante valore aggiunto è dato dall'integrazione tra strutture pubbliche, privato pre-accreditato e privato sociale ^b, di cui a Padova vi sono ormai numerosi esempi.

1. Introduzione:

L'invecchiamento della popolazione registrato nelle ultime decadi è un fenomeno demografico che sta riguardando l'intera popolazione mondiale, ed in particolare i paesi industrializzati. Questo fenomeno risulta particolarmente evidente in Italia, dove nei prossimi quarant'anni la popolazione ultrasessantacinquenne da sola rappresenterà circa un quarto della popolazione residente. È possibile prevedere che l'invecchiamento della popolazione comporterà un aumento significativo del numero di persone affette da malattie croniche, come demenza, osteoporosi, malattia cardiovascolare, diabete o broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO); tutte queste patologie, infatti, presentano un aumento di prevalenza all'aumentare dell'età, ed hanno un forte impatto sulla disabilità ¹. Lo stesso trend demografico si osserva anche nelle altre regioni del nord-est, anche se in particolare in Veneto l'immigrazione straniera, caratterizzata da una maggioritaria presenza giovanile ha in parte limitato gli effetti problematici del basso tasso di fecondità e della maggior speranza di vita ². Secondo recenti dati Istat oggi è ultrasessantacinquenne circa un quinto della popolazione del Veneto (Figura 1). Se i trend demografici correnti non subiranno modificazioni sostanziali, è possibile prevedere tuttavia che gli ultrasessantacinquenni, nel 2050, costituiranno oltre il 30% della popolazione della Regione (Figura 2).

Tali fenomeni demografici stanno determinando un radicale cambiamento nei bisogni di salute della popolazione, cambiamenti ai quali l'assistenza sanitaria deve adeguarsi modificando i propri modelli organizzativi. Parallelamente alla rivisitazione del ruolo dell'ospedale per acuti è necessario sviluppare il sistema dei servizi territoriali, per dare risposte appropriate ai problemi della cronicità, e costruire un'efficiente messa in rete di tutte queste risorse per garantire la continuità dell'assistenza.

^b Il privato sociale raccoglie tutto l'insieme delle realtà non pubbliche che svolgono una funzione sociale, senza fini di lucro, in particolare associazioni di volontariato, cooperative sociali, associazioni di promozione sociale.

2. L'azienda ULSS 16 di Padova

L'Azienda ULSS 16 di Padova è costituita in Azienda a decorrere dal 1 gennaio 1995. La legge regionale, in attuazione della Riforma Sanitaria del 1992 e anticipando la cosiddetta Riforma Ter del Sistema Sanitario Nazionale del 1999, ha innovato la forma giuridica dell'ex ente Unità Locale Socio-Sanitaria n. 21 di Padova e l'ha sostituito costituendo due nuove Aziende con personalità giuridica propria e finalità specifiche: l'Azienda ULSS n° 16 e l'Azienda Ospedaliera di Padova.

L'antico Presidio Ospedaliero Giustiniano, punto di riferimento ospedaliero per i cittadini residenti nel comune di Padova, nella provincia e in tutto il territorio Veneto, ha visto riconosciuto il proprio ruolo di rilievo nazionale e internazionale, frutto della collaborazione secolare con l'Università di Padova, con la costituzione di un'autonoma Azienda Ospedaliera, mentre l'Ospedale S. Antonio e gli altri servizi territoriali sanitari e socio-sanitari sono stati ricompresi nella nuova Azienda ULSS n° 16.

Con l'istituzione di un nuovo Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (I.R.C.S.), nel marzo 2006, anche quelli che erano i servizi di diagnosi e cura per le patologie oncologiche sono stati separati dalle due aziende e accorpati nell'Istituto Oncologico Veneto – IOV, con sede nel presidio ospedaliero “Busonera”.

Il bacino d'utenza dell'intera Azienda ULSS copre complessivamente quasi 1/9 di quello totale regionale, con una densità di popolazione tra le più alte in Italia; è raggruppato in 6 distretti territoriali, di cui uno solo supera le 100.000 unità di residenti, mentre quello meno numeroso supera le 35.000 persone (Tabella 1).

Appartengono all'ULSS n° 16 di Padova, oltre al comune capoluogo - che da solo comprende circa il 44% dell'intera popolazione dell'ULSS - i seguenti 28 Comuni della Provincia: Abano Terme, Albignasego, Arzegrade, Brugine, Cadoneghe, Casalserugo, Cervarese Santa Croce, Codevigo, Correzzola, Legnaro, Limena, Maserà di Padova, Mestrino, Montegrotto Terme, Noventa Padovana, Piove di Sacco, Polverara, Pontelongo, Ponte San Nicolò, Rovolon, Rubano, S. Angelo di Piove, Saccolongo, Saonara, Selvazzano Dentro, Teolo, Torreglia, Veggiano. Tale territorio è suddiviso in 6 distretti sulla base dei comuni o delle circoscrizioni del comune di Padova (figura 3)

Oltre i due terzi dei Comuni del territorio dell'ULSS hanno ancora una popolazione inferiore ai 10.000 abitanti, ma stanno rapidamente crescendo i Comuni della cintura urbana: Albignasego e Selvazzano Dentro, al 1.1.2009, superano le 20.000 persone residenti, mentre i comuni più piccoli hanno avuto incrementi negli ultimi anni anche superiori al 40% . La popolazione femminile rappresenta quasi il 52% della popolazione totale. La struttura per età della popolazione complessiva risulta essere fortemente sbilanciata verso l'età adulta e anziana, con un'età media ancora in crescita e superiore ai 43 anni e con un indice di vecchiaia nettamente superiore a quello calcolato per l'intero territorio regionale. L'indice di dipendenza strutturale mostra che ormai una persona in età lavorativa ha un carico di oltre due persone in età non lavorativa.

Le trasformazioni delle caratteristiche sociali e sanitarie della popolazione assistita hanno portato ad una progressiva evoluzione dei bisogni che si è tradotta in:

- Aumento della percentuale di persone anziane multiproblematiche in condizioni di non-autosufficienza;
- Aumento della prevalenza di anziani portatori di patologie multiple ad elevato carico assistenziale;
- Aumento della percentuale di anziani con elevata complessità assistenziale che deve accedere a Strutture Protette per assenza di rete familiare;
- Aumento della richiesta di erogazione di prestazioni per non residenti;
- Aumento della presenza di persone giovani o adulte portatrici di patologie gravi, croniche e invalidanti;
- Aumento della percentuale di persone giovani e adulte con gravi disabilità, con carichi assistenziali elevati e che accedono a strutture di assistenza semiresidenziale o residenziale extra-ospedaliera

3. La presa in carico del “soggetto fragile”

Il concetto di “persona fragile” è stato ed è ancora oggetto di dibattito a livello scientifico³⁻⁶. Pur infatti non essendo possibile collegarla in modo univoco ad uno o più marcatori, questa definizione risulta tuttavia molto utile nella pratica di tutti i giorni per identificare i soggetti in cui è maggiormente efficace la presa in carico multidisciplinare.

Da un punto di vista etimologico la fragilità “indica un qualche cosa che ha facilità a rompersi al minimo urto e a cedere alla minima occasione, ma se rimaniamo ancorati a questa vaga definizione di instabilità rischiamo di dare corpo ad una mancanza di precisione e a quella indeterminatezza che spesso identifica la fragilità con la disabilità, con la comorbilità o semplicemente con l’età avanzata”⁷.

Dal punto di vista clinico, la comprensione della fragilità permette al medico di mettere in atto provvedimenti utili a prevenire o a rallentare la progressione verso uno stato funzionale di non autosufficienza. Tale concetto non è tuttavia ristretto alla dimensione sanitaria, ma coinvolge anche altre sfere, come quella psicologica, quella funzionale, quella cognitiva o quella sociale. In ognuna di queste dimensioni della persona, infatti, si può manifestare una diminuzione delle riserve e di resistenza ad eventi stressogeni, che si traduce in una aumentata vulnerabilità ad eventi avversi.

Per questo motivo la valutazione multidimensionale è una metodica efficace nella presa in carico di pazienti complessi, anziani fragili. In letteratura vi sono evidenze per le persone anziane valutate con questo approccio, di una riduzione significativa in termini di mortalità, ospedalizzazione, istituzionalizzazione, decadimento funzionale e psicologico⁸⁻¹⁰.

Nella Regione del Veneto la promozione della domiciliarità delle persone anziane ed in parallelo, l'integrazione tra i servizi diversi presenti nel territorio sia a livello sanitario che sociale sono da tempo una priorità fin dai primi anni di introduzione delle ULSS, per la gestione e l'organizzazione di attività integrate sanitarie e sociali a favore dei cittadini, e in particolare della popolazione anziana¹¹⁻¹². La presa in carico della persona anziana fragile, affetta da patologie croniche multiple, non può trovare una risposta esaustiva nel solo ospedale per acuti. Pertanto sempre più frequentemente, ed in particolare nella nostra Regione, si stanno sviluppando progettualità orientate a garantire percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali omogenei dal momento della prima diagnosi al momento

dell'exitus. Il "primo livello di contatto degli individui e delle comunità con il Servizio Sanitario" e protagonista nella continuità delle cure è rappresentato dalle "Cure Primarie"¹³ che comprendono tutti i servizi e le prestazioni di cui i cittadini possono fruire a livello territoriale, riferibili alla medicina generale, alla continuità assistenziale e a tutti i servizi dei distretti socio-sanitari. Tale rete di servizi negli ultimi anni sta andando incontro ad un notevole sviluppo, assumendo un ruolo sempre più importante nel garantire i livelli essenziali di assistenza al cittadino. L'assistenza primaria, grazie alla rete dei servizi, intercetta infatti i bisogni percepiti dalla popolazione, li traduce in termini di problemi di salute e bisogni assistenziali, e li affronta con interventi di prevenzione o di diagnosi e cura, attivando percorsi diagnostico terapeutici omogenei, in particolar modo per le persone più fragili. Già in fase intraospedaliera risulta di fondamentale importanza la costruzione di un progetto terapeutico, assistenziale e riabilitativo individualizzato per la persona ricoverata, in particolare quando anziana.

La persona fragile con situazioni di bisogno socio-sanitario complesso viene valutata da una équipe di professionisti denominata U.V.M.D. (Unità di Valutazione MultiDimensionale). Essa si qualifica come strumento per la valutazione multidimensionale di e per la predisposizione e proposta all'utente del miglior progetto assistenziale possibile con le risorse a disposizione della rete dei servizi (domiciliari, semiresidenziali e residenziali) (Figura 4).

Opera con modalità diverse e per alcuni aspetti opposte a quelle di una "commissione", in quanto non si pone in una logica burocratica, bensì di presa in carico globale. Lo strumento utilizzato per raccogliere le valutazioni dei diversi professionisti è la scheda S.V.A.M.A. ("Scheda per la Valutazione Multidimensionale dell'Anziano"), uno strumento di valutazione multidimensionale sperimentato e approvato dalla Regione Veneto¹⁴ e recentemente validato¹⁵, che analizza le diverse dimensioni dell'autonomia dell'anziano, in particolare fragile o non autosufficiente. Essa rappresenta, nella regione Veneto, nella provincia autonoma di Trento e dal 2006 anche per la regione Puglia, lo strumento di riferimento per orientare alla scelta di progetti assistenziali personalizzati in risposta ai bisogni dei singoli assistiti (ogni anno vengono compilate in Veneto, circa 25.000 schede SVAMA).

4. La rete della continuità assistenziale ospedale-territorio (ammissioni e dimissioni protette):

4.1 - Il progetto Anziano:

Per rispondere alla grande sfida di dare risposte alle problematiche della cronicità, garantendo la continuità tra Ospedale per acuti e Territorio, in particolare per la persona anziana, l'ULSS 16 di Padova ha portato avanti una serie di progettualità che globalmente sono raccolte sotto la denominazione di "Progetto Anziano". Tale percorso innovativo, basato sul documento dell'OMS Active Ageing, sugli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale 2004-2006 e su quelli della programmazione regionale, è articolato infatti in numerosi sottoprogetti, individuati con riferimento ad evidenze di efficacia clinica ed organizzativa. In particolare tra i suoi obiettivi primari vi sono quelli della continuità ospedale-territorio residenzialità e semiresidenzialità e del miglioramento della gestione di pazienti ricoverati per specifiche patologie ad elevato rischio di ricoveri ricorrenti. Il gruppo di lavoro ha prodotto delle procedure, basate sulle

evidenze della letteratura, che prevedono la segnalazione ai distretti dei casi da parte dei reparti ospedalieri, l'organizzazione di un contatto diretto tra equipe medica dell'ospedale e medico di medicina generale già durante la fase intra-ospedaliera, e un percorso di follow up basato sulle evidenze scientifiche. Tra gli endpoint attesi dall'insieme delle iniziative: miglioramento della salute degli anziani e aumento della percentuale di anziani che possono continuare a vivere a domicilio, riduzione delle giornate di degenza della popolazione anziana riduzione dell'impatto negativo dell'utilizzo di più farmaci negli anziani e incremento della soddisfazione degli anziani e dei loro familiari per i servizi utilizzati

In particolare si è lavorato su tre gruppi diagnostici associati a maggior incidenza di ricoveri ricorrenti: scompenso cardiaco, ictus e BPCO. Per ciascuna patologia è stata definita una procedura di gestione intra-ospedaliera e di follow up territoriale dei pazienti anziani ricoverati, condivisa tra Medici Ospedalieri, Operatori dei Distretti e Medici di Medicina Generale. A partire dal 2005 la procedura è stata diffusa ed attivata nei reparti ospedalieri della ULSS 16 e della Azienda Ospedaliera di Padova, con la segnalazione del caso al distretto e al MMG prima della dimissione. Per la valutazione dei risultati è stato definito un complesso sistema di indicatori, clinici e gestionali registrati automaticamente e gestiti con un apposito software, tale da consentire entro 6 mesi il feedback alla direzione ed a tutti gli operatori coinvolti, inclusi i medici di medicina generale. Nel periodo 2006-2007 sono stati segnalati 1642 pazienti pari al 20% dei pazienti dimessi con una prima diagnosi relativa ad uno dei gruppi diagnostici. I soggetti segnalati sono risultati più gravi e più anziani dei non segnalati. Alla fine del 2007 la riduzione del tasso di ricovero per le patologie incluse nel progetto è stata del 10,9% rispetto ad una riduzione pari al 3,9% per tutte le altre patologie. (Figura 5). L'effetto attribuibile al progetto per le patologie specifiche corrisponde almeno ad una riduzione del 0,8% dei ricoveri totali degli anziani della ULSS 16, con una minor spesa ospedaliera stimabile pari a 950.000 euro.

I dati ottenuti hanno confermato la replicabilità delle osservazioni riportate in letteratura, all'interno della rete dei servizi della nostra Azienda Sanitaria. Sembra possibile confermare una riduzione del tasso di ricovero almeno del 10% per le patologie incluse nel progetto. Questo indicatore viene utilizzato come *proxy* per la valutazione della qualità complessiva della gestione dell'anziano all'interno della rete dei servizi, nell'ambito della quale la continuità tra Ospedale e Territorio è sicuramente uno dei più importanti fattori.

4.2 - Il Triage Socio-Sanitario:

Nel contesto dell'ULSS 16 di Padova presso il DEA (Dipartimento di Emergenza e Accettazione) dell'Ospedale S. Antonio da dicembre 2006 è stato attivato in via sperimentale il servizio di Triage Socio Sanitario (TSS). Il progetto è nato con l'obiettivo generale di valutare "in ingresso", sotto il profilo socio-sanitario, le persone anziane ultra-sessantacinquenni residenti nel territorio dell'ULSS 16 che si rivolgono al Pronto Soccorso individuando, con la consulenza di un'équipe multiprofessionale formata da un geriatra un infermiere e un assistente sociale, i bisogni di salute ed i percorsi diagnostici terapeutici socio-assistenziali personalizzati e più appropriati per la gestione della fase di difficoltà.

Il TSS svolge funzione di strumento di valutazione, comunicazione, di direzione e d'integrazione tra il DEA e le diverse istituzioni e organizzazioni presenti sia all'interno dell'ospedale con dei posti letto dedicati presso la Medicina di Osservazione breve e

Struttura Complessa di Geriatria, oppure con l'attivazione delle risorse della rete presenti nel territorio. In questo senso il TSS non assolve compiti assistenziali ma agevola le scelte dei clinici e non si sostituisce alle strutture territoriali ma favorisce l'approccio e l'integrazione.

Vengono segnalati al servizio di TSS i residenti nel territorio dell'ULSS 16 di Padova con le seguenti caratteristiche:

1. età maggiore o uguale di 65 anni
2. assenza di alterazioni acute dei parametri vitali
3. assenza di deterioramento acuto del sensorio
4. assenza di alterazioni acute dei parametri bioumorali
5. patologia acuta o cronica ri-acutizzata suscettibile di un rapido trattamento terapeutico
6. complessità clinica e terapeutica ad alto rischio di perdita di autosufficienza e disabilità per eventi in fase acuta o di riacutizzazione

L'attivazione del servizio avviene comunque dopo la valutazione clinica e gli eventuali trattamenti sanitari da parte del personale sanitario del DEA.

Le situazioni per cui il servizio viene attivato riguardano:

1. Anziani che potrebbero essere dimessi dal DEA, ma che necessitano di prosecuzione diagnostico-terapeutica per la cui organizzazione non hanno risorse familiari o sociali e necessiterebbero di un breve ricovero.
2. Anziani che potrebbero essere dimessi dal DEA, ma che necessitano di prosecuzione diagnostico-terapeutica per la cui organizzazione hanno però risorse familiari o sociali.
3. Anziani che presentano problematiche quasi esclusivamente socio-assistenziali che non ne consentono una dimissione protetta dal DEA e che sarebbero ad alto rischio di riammissione al DEA e/o in ospedale.

L'équipe che costituisce il TSS, formata da un geriatra, un infermiere ed un assistente sociale ha come obiettivi l'individuazione dei bisogni di salute, dei percorsi e delle risposte più appropriate per la gestione della transitoria fase di difficoltà socio-sanitaria, l'orientamento e il sostegno all'anziano ed alla sua famiglia nell'accesso ai servizi sanitari della rete territoriale (Servizio infermieristico assistenza domiciliare, ambulatorio integrato, Day Hospital, strutture protette compresa la Struttura Intermedia) ed infine la segnalazione tempestiva di situazioni di fragilità ai competenti servizi territoriali sanitari e sociali. Nella Figura 6 sono schematizzati i possibili percorsi dell'anziano che accede al DEA dell'Ospedale S. Antonio dell'azienda ULSS 16 di Padova.

4.3 – Le Dimissioni Protette:

Il rientro a domicilio dopo un ricovero ospedaliero, specie per la persona fragile, può rappresentare una fase non sempre semplice da affrontare e può essere fonte di gravi disagi e difficoltà sia per l'assistito che per la sua Famiglia. In particolare può essere necessario l'adeguamento dell'ambiente alle nuove condizioni della persona dimessa o possono sussistere varie necessità di sorveglianza medica, assistenza infermieristica e/o riabilitazione

che debbono essere organizzate in un progetto di cure integrato di durata variabile ed erogate a domicilio o in alternativa in una struttura di degenza e/o accoglienza caratterizzata da minor costo assistenziale rispetto l'ospedale, eventualmente anche con la partecipazione finanziaria dell'assistito.

La dimissione protetta deve assicurare la continuità assistenziale fra Ospedale e Territorio consentendo un parziale recupero di autonomia o, per i pazienti in fase terminale, una migliore qualità di vita residua. Deve inoltre assicurare l'integrazione operativa fra i servizi territoriali ed ospedalieri nella presa in carico del paziente.

Per questo motivo l'ULSS 16 ha costituito un gruppo di lavoro che, con la collaborazione dell'Azienda Ospedaliera di Padova e dello IOV, ha portato alla costruzione di un protocollo interaziendale per le dimissioni protette. Tale progetto risponde a diversi obiettivi:

1. Ridurre i ricoveri inappropriati cioè di persone che potrebbero trovare a domicilio le stesse garanzie di cura che in ospedale;
2. Ridurre l'ingresso in strutture residenziali (case protette ed RSA);
3. Migliorare la qualità della vita dei pazienti e di chi presta loro le cure (caregivers).

Il raggiungimento di una integrazione forte tra Ospedali e Servizi territoriali delle Aziende sanitarie, MMG, Residenze Protette si avvale di un servizio strutturato, situato all'interno dell'ospedale, che garantisce, in stretto rapporto con i Punti Unici Accoglienza Distrettuale (PUAD), la continuità delle cure tra ospedale e territorio (Servizio di Continuità delle Cure - SECC). Già durante la degenza in ospedale vengono messe in atto, il più precocemente possibile, tutta una serie di valutazioni riguardanti i bisogni socio-sanitari del ricoverato, secondo la metodologia della Valutazione Multidimensionale di Distretto e vengono attivate tutte le procedure previste per dare il massimo della tutela al momento della dimissione della persona. A garanzia di una continuità nel trasferimento delle informazioni con i Distretti e con tutti i servizi territoriali, lo strumento operativo in uso per la rilevazione dei bisogni socio-assistenziali dei pazienti ricoverati e candidati all'ingresso nella rete dei servizi territoriali è la SVAMA. La dimissione protetta viene quindi a configurarsi come una dimissione programmata, preordinata e concordata con il paziente, i suoi familiari e il MMG in cui un ruolo essenziale è svolto dal Servizio Continuità delle Cure e dall'equipe multidisciplinare dei Punti Unici dei Distretti (PUAD).

Le dimissioni ospedaliere protette possono avvenire per:

1. Rientro a domicilio e contestuale attivazione di un servizio di Assistenza Domiciliare Integrata
2. Ingresso in Struttura Intermedia
3. Ingresso in Hospice, per i pazienti che necessitano di cure palliative
4. Ingresso in Residenza Protetta, in un Posto Letto di un Nucleo ad Alta Intensità Socio Sanitaria (NAISS) o nella sezione specifica destinata a pazienti in Stato Vegetativo Permanente (SVP).

Per ognuno di questi percorsi è stato definito e condiviso a livello interaziendale uno specifico protocollo.

In particolare il SECC funge da facilitatore per favorire che nell'ultima fase della degenza si realizzi un contatto/consulto anche telefonico o in videoconferenza tra medico ospedaliero e il MMG. È stato costituito un elenco dei numeri di cellulare dei MMG e dei medici ospedalieri ed sono state individuate le fasce orarie comuni di disponibilità. Per incentivare

l'effettuazione di tale consulto, il contatto con il medico ospedaliero è stato inserito anche come obiettivo nei patti aziendali con la medicina generale.

5. La riorganizzazione del territorio come strumento di supporto al “sistema rete”.

Per garantire la continuità nella presa in carico dei soggetti fragili, è necessario prevedere una serie di istituzioni sanitarie intermedie tra l'ospedale ad alta tecnologia (per risposte a problematiche acute) e il domicilio o i centri servizi per anziani (residenziali/semiresidenziali). Tali realtà devono essere in grado di fornire un'assistenza qualificata sul piano delle procedure, anche se a bassa tecnologia strumentale. Solo lo spostamento, al di fuori dell'ospedale, di molte attività impropriamente svolte al suo interno può, infatti, permettere un contenimento della spesa ed un miglioramento dei risultati clinici.

Tuttavia in Italia, all'inizio degli anni 2000, nell'area extra-ospedaliera mancavano esperienze concrete di riferimento; per tal motivo è stato portato avanti un programma di sperimentazioni per implementare tale sistema a rete, e verificare che rispondesse efficacemente al bisogno dell'anziano.

All'inizio degli anni 2000 era iniziato lo sviluppo di tutta la rete dei servizi territoriali nell'ULSS 16 di Padova. Su spinta della Regione Veneto era stata implementata la metodologia della valutazione multidimensionale a livello dei distretti con le Unità Operative Distrettuali (UOD), le attuali UVMD (Unità di Valutazione Multidimensionale). La UOD risultava la porta di accesso unica a tutta la rete dei servizi domiciliari e residenziali che si stava implementando, con il notevole sviluppo dell'assistenza domiciliare integrata. Nell'ottica di spostare verso il territorio alcuni servizi che a Padova erano storicamente legati all'ospedale, nel 2003 c'è stata l'esigenza di chiudere, in linea con le indicazioni regionali, l'Ospedale Geriatrico, una struttura ospedaliera situata in centro a Padova, città che possedeva altri due ospedali per acuti. L'Ospedale geriatrico, da sempre il punto di riferimento per la popolazione anziana della città, offriva 80 posti letto per acuti, 100 per post-acuti, 30 di neurologia e 24 di riabilitazione. Tale manovra non è stata sicuramente facile, per la valenza che ciò poteva avere a livello sociale, politico e di consenso popolare. D'altro canto la struttura era obsoleta, gli spazi angusti e a rischio di diventare fuori norma, i servizi scarsi.

Pertanto, parallelamente alla graduale chiusura di tale ospedale, e all'implementazione dei servizi territoriali, è stata attivata dall'ULSS 16 di Padova la Struttura Intermedia (SI), con la delibera n° 808 del 18 Luglio 2002. Si tratta di una struttura di ricovero e di assistenza dell'ULSS 16, dotata di 60 posti letto, idonea ad ospitare sia pazienti in dimissione da reparti per acuti degli ospedali, per i quali sia necessario consolidare le condizioni fisiche o continuare il processo di recupero funzionale, sia pazienti per i quali il medico di medicina generale richieda un ambiente protetto per attuare/proseguire le proprie terapie. Tale struttura, situata a Padova, in via Gemona n° 8, all'interno di locali messi a disposizione dalla O.I.C onlus, è stata attivata il 6 Dicembre 2002, allo scopo di far fronte ai bisogni socio-sanitari di una popolazione anziana sempre più numerosa e per lo più affetta da patologie cronicodegenerative.

Gli obiettivi di questa struttura sono:

- Migliorare la continuità dell'assistenza tra ospedale e territorio, attuando una presa in carico complessiva dei bisogni del paziente e della sua famiglia.
- Facilitare le dimissioni ospedaliere, in particolare delle persone con problemi socio-sanitari complessi, favorendone il rientro a domicilio.
- Evitare o ritardare gli ingressi definitivi delle persone anziane nelle strutture residenziali, consentendo, con brevi ricoveri, di verificare la possibilità di attuare l'assistenza domiciliare e di fornire alla famiglia il supporto e la formazione necessari per affrontare tempestivamente le mutate condizioni dell'anziano dopo un'evenienza acuta.
- Consentire, se l'ingresso in strutture residenziali si rendesse inevitabile, una più rapida organizzazione di tale accoglimento, previa valutazione della UVMD del Distretto.

Come accennato in precedenza, la struttura si pone a metà strada tra i reparti per acuti ed i servizi territoriali, proponendosi di accogliere persone dimesse dall'ospedale in condizioni cliniche stabilizzate in attesa di un rientro nella rete dei servizi extraospedalieri o persone per le quali il medico di medicina generale richieda un ricovero temporaneo in ambiente protetto. Le finalità della SI rendono necessario che la permanenza sia orientata al consolidamento dei risultati terapeutici ottenuti in ospedale oppure alla verifica di ulteriori necessità assistenziali in altre forme di assistenza territoriale. A questo scopo la degenza non dovrebbe superare i 60 giorni consecutivi. All'interno della sezione gestita dai medici di medicina generale vengono ospitati i pazienti provenienti dal domicilio. Durante la permanenza in questa sezione i MMG effettuano le proprie procedure terapeutiche e preparano, insieme al distretto, il rientro a domicilio o l'accoglienza in strutture residenziali. I MMG, analogamente a quanto avviene in ADIMED, effettuano gli accessi programmati nella UVMD, e forniscono una reperibilità diurna per le urgenze. La dimissione del paziente, secondo quanto stabilito in accordo con il responsabile clinico, il responsabile organizzativo ed il paziente o quanto previsto in UVMD, avviene direttamente a domicilio, o nella rete dei servizi extraospedalieri, rappresentati principalmente dall'Assistenza Domiciliare Integrata, dai Centri Servizi per persone non autosufficienti, gli Hospice ed i Centri diurni. Nel Giugno 2004, alla conclusione della fase sperimentale di attività, la struttura è entrata a pieno regime nella rete di servizi a disposizione del malato fragile, in particolare di quello anziano. Oggi accoglie per lo più pazienti provenienti da reparti di area medica e garantisce in circa due terzi dei casi il ritorno a domicilio o l'ingresso in strutture residenziali (Figura 7).

Oltre alla creazione della Struttura Intermedia (SI) nell'ultimo decennio sono stati fatti numerosi altri interventi che hanno potenziato la rete dei servizi territoriali, con particolare attenzione alla domiciliarità. Ad esempio il Complesso Socio-sanitario dei Colli, già Ospedale Psichiatrico, è stato convertito in struttura poliambulatoriale e di residenzialità extraospedaliera, e ha visto crescere nel tempo le proprie potenzialità come struttura sanitaria a forte valenza territoriale.

Il Complesso eroga un significativo numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali, tra cui di rilievo sono le prestazioni di riabilitazione/recupero funzionale per pazienti con patologie muscolo-scheletriche e tutta l'attività di riabilitazione cardiologica, recentemente

riorganizzata, mirata in particolare al recupero funzionale del paziente post-infartuato nell'immediato post-ricovero.

La struttura, inoltre, si è sempre più caratterizzata come poliambulatorio specialistico in grado di dare risposte adeguate a bisogni sanitari complessi in sostegno della domiciliarità del paziente fragile o disabile con patologie multiple. Dal 2005, in particolare, è divenuto operativo l'Ambulatorio Integrato per l'anziano fragile che consente a pazienti anziani, disabili e multiproblematici, che necessitano di iter diagnostico-terapeutici complessi, di svolgere il percorso in ambiente protetto. Il paziente, cui il Medico di famiglia ha programmato l'accesso, è in grado di accedere a prestazioni multiple (laboratorio, radiologia e specialistica) in un'unica giornata, all'interno della quale vengono strutturati tutti gli appuntamenti. Nello svolgimento della giornata vengono inoltre cadenzate tutte le attività assistenziali per il paziente non-autosufficiente, quali l'assunzione della terapia, la somministrazione di un pasto, l'igiene personale e l'accompagnamento lungo l'intero percorso.

Per le persone che necessitano di Cure Palliative, e che non trovano più risposte a livello di ospedale per acuti, si è costruito un sistema a rete che opera a livello distrettuale, tramite una stretta integrazione tra i medici responsabili degli Hospice, alcuni MMG e medici della Continuità Assistenziale esperti in Cure Palliative, il medico di famiglia ed il personale infermieristico dei Distretti. Nel corso degli anni vi è stato un incremento dei progetti che vengono costruiti dalla UVMD utilizzando i servizi della rete di Cure palliative, e che nel 2009 sono stati oltre 500 (Figura 8).

Un ulteriore importante contributo alla rete è stato dato dallo sviluppo della Rete delle Strutture Residenziali e semiresidenziali che al loro interno hanno differenziato l'offerta dei servizi, in appoggio alla domiciliarità. A livello della rete dei Centri Servizi residenziali per persone non autosufficienti, oltre all'accoglimento definitivo, vi è la possibilità di brevi ricoveri temporanei o dell'accoglimento (temporaneo) presso un Nucleo ad Alta Intensità Socio-Sanitaria (NAISS). Sempre a livello delle Strutture Residenziali trovano fisicamente spazio, grazie alla collaborazione tra servizio pubblico e privato preaccreditato, servizi già citati in precedenza come la Struttura Intermedia, il Nucleo per persone in Stato Vegetativo o gli Hospice.

Dall'Aprile 2004, inoltre, è stato attivato il Registro Unico della Residenzialità (RUR), una graduatoria unica, informatizzata, condivisa da tutte le strutture della rete, visibile in modalità on-line e in tempo reale per tutti i soggetti coinvolti nel percorso: Distretti, Area Tutela Salute Anziani, Strutture Residenziali e Servizi Sociali Comunali. Oltre a dare risposta a quanto previsto dalla Regione Veneto per assicurare il rispetto delle priorità d'ingresso in strutture residenziali extraospedaliere secondo i criteri di equità e di efficienza (DGR 751/2000, 312/2001, 2210/2001, 3632/2002) gli obiettivi raggiunti dall'Azienda U.L.S.S. 16 con l'istituzione del R.U.R., sono stati l'aggiornamento tempestivo dello stesso con le U.V.M.D. da parte di tutte le unità distrettuali, l'aggiornamento in tempo reale del R.U.R. per gli ingressi da parte di tutte le strutture residenziali e la trasparenza negli atti della Pubblica Amministrazione garantendo trattamenti uniformi, visibili e verificabili nel percorso di valutazione, decisione e accesso alla residenza protetta.

6. Il sistema Informativo:

Uno dei fattori fondamentali nella costruzione della rete ospedale-territorio nell'ULSS 16 di Padova è stato il forte sviluppo del sistema Informativo. È stato sviluppato, parallelamente alla crescita dei servizi, un sistema informativo distrettuale (SID), centrato sulla persona che attualmente consente lo scambio e la condivisione delle informazioni relative agli utenti seguiti dai servizi sanitari e sociosanitari presenti nella rete territoriale

Come è infatti avvenuto in numerose altre aziende sanitarie locali della Regione Veneto, a partire dal 2000, anche l'ULSS 16 ha avviato un investimento professionale e tecnologico con l'obiettivo di sviluppare un sistema informativo comune, superando la precedente prassi della registrazione delle singole prestazioni effettuate dai vari servizi.

Il processo, per il quale si collabora anche con altre aziende sanitarie locali della Regione (ULSS 4 – Alto Vicentino, ULSS 7 –Pieve di Soligo, ULSS 8 - Asolo) anche allo scopo di valutare la qualità dei flussi informativi sull'assistenza domiciliare, si è sviluppato a tappe, sinteticamente riassumibili nel modo seguente:

- a partire dal biennio 2001-2002 si sono registrati i dati relativi agli accessi domiciliari degli infermieri, dei medici di medicina generale, dei fisioterapisti e di alcuni medici specialisti, oltre alle valutazioni multidimensionale distrettuali (UVMD)
- nel 2003 si è avviata la registrazione nel sistema delle protesi ed ausili forniti a domicilio alla popolazione
- nel 2004 sono state messe in rete le strutture Residenziali e si è introdotto il RUR (Registro Unico Residenzialità). Si è iniziata anche la registrazione sistematica delle valutazioni infermieristiche domiciliari (problemi di salute/bisogni assistenziali).
- Negli anni successivi sono stati messi in rete i centri diurni, la struttura intermedia, gli Hospice e si è agganciato il sistema informativo distrettuale al database dei ricoveri ospedalieri

I Comuni presenti nel territorio dell'ULSS 16 hanno espresso un forte interesse allo sviluppo di un sistema informativo integrato, interconnesso o interfacciabile con il sistema informativo di distretto, che consenta di disporre in tempo reale delle informazioni sulle prestazioni sociali, sociosanitarie e sanitarie riguardanti i cittadini del proprio territorio e di alimentare un sistema di reportistica generale in grado di monitorare lo stato di salute, i bisogni, le risposte offerte, il livello di integrazione e gli esiti degli interventi. Al momento è in corso lo sviluppo di tale integrazione.

Al momento anche un certo numero di Medici di Medicina Generale può consultare i dati del Sistema Informativo per i propri assistiti. È stata infatti realizzata l'integrazione con le cartelle dei MMG, che possono accedere al sistema Informativo aziendale, scaricare i referti degli esami direttamente nel loro software di gestione delle informazioni cliniche dei pazienti. Sono oggi disponibili: gli esami di laboratorio, la microbiologia, la radiologia, le lettere di dimissione dal pronto soccorso. Nel menù della cartella clinica compare infatti una funzione dedicata al trasferimento di informazioni da e verso il sistema informativo dell'Azienda Sanitaria.

7. Risultati ottenuti:

Nel momento in cui si è impostata l'organizzazione in termini di sistema di rete e nella logica dell'appropriatezza ci si aspettava di ottenere una riduzione degli accessi inappropriati al Pronto Soccorso e dell'ospedalizzazione

In questi anni abbiamo potuto misurare una riduzione degli accessi in Pronto Soccorso, sia per i soggetti in età pediatrica che per quelli adulti-anziani. Tale riduzione è da imputare soprattutto alla riduzione degli accessi con colore di triage "bianco" (Figura 9). Contemporaneamente è stata misurata anche una riduzione complessiva del tasso di ospedalizzazione (Figura 10). Fenomeno parallelo è stato quello di un aumento dei cittadini raggiunti annualmente dai servizi domiciliari (assistenza domiciliare semplice ed integrata), che sono passati dai 9591 del 2004 ai 10800 del 2008 (+12,6%) (Figura 11) .

L'Ospedale diventa così effettivamente il luogo di cura dell'acuzie. Ciò si deve accompagnare ad una importante sensibilizzazione di MMG, Distretti e Medicina Convenzionata, con la necessità di condividere percorsi diagnostico-terapeutici comuni come parte integrante del sistema.

Fondamentale diventa anche lo sviluppo di un Sistema Informativo, sia per permettere un rapido scambio di informazioni, che per facilitare la comunicazione tra servizi. Importante valore aggiunto è dato dall'integrazione tra strutture pubbliche, privato pre-accreditato e privato sociale.

8. Tabelle e Figure

Tabella 1:

Popolazione al 01.01.2009 nei distretti del territorio dell'ULSS 16 di Padova

N.B. Dal 01.01.2010 il Distretto 6, corrispondente a Piove di Sacco e comuni limitrofi, è passato dall'azienda ULSS 14 all'azienda ULSS 16 (vedi figura 3).

DISTRETTI	QUARTIERI / COMUNI	Popolazione al 01.01.09	Superficie (Kmq)	Densità (ab x Kmq)
DISTRETTO N° 1	1 - Centro, 3 - Est, 5 - Sud-Ovest, NOVENTA P., SAONARA	114.054	67,5	1689
DISTRETTO N° 2	2 - Nord, 6 - Ovest, CADONEGHE, LIMENA	93.915	56,6	1660
DISTRETTO N° 3	4 - Sud-Est, PONTE S. NICOLO', ALBIGNASEGO, CASALSERUGO, MASERA'	97.601	84,9	1150
DISTRETTO N° 4	CERVARESE S.CROCE, MESTRINO, ROVOLON, RUBANO, SACCOLONGO, SELVAZZANO, TEOLO, VEGGIANO	75.962	159,6	476
DISTRETTO N° 5	ABANO, MONTEGROTTO T., TORREGLIA,	36.626	55,6	659
DISTRETTO N° 6	ARZEGRANDE, BRUGINE, CODEVIGO, CORBEZZOLA, LEGNARO, PIOVE DI SACCO, POLVERARA, PONTELONGO, S.ANGELO DI PIOVE	64.884	230,8	281
TOTALE ULSS 16		483.042	654,9	738

Figura 1:

Distribuzione per età dei residenti in Veneto e nella Provincia di Padova nel 2008

Elaborazione da dati demografici Istat (<http://demo.istat.it>)

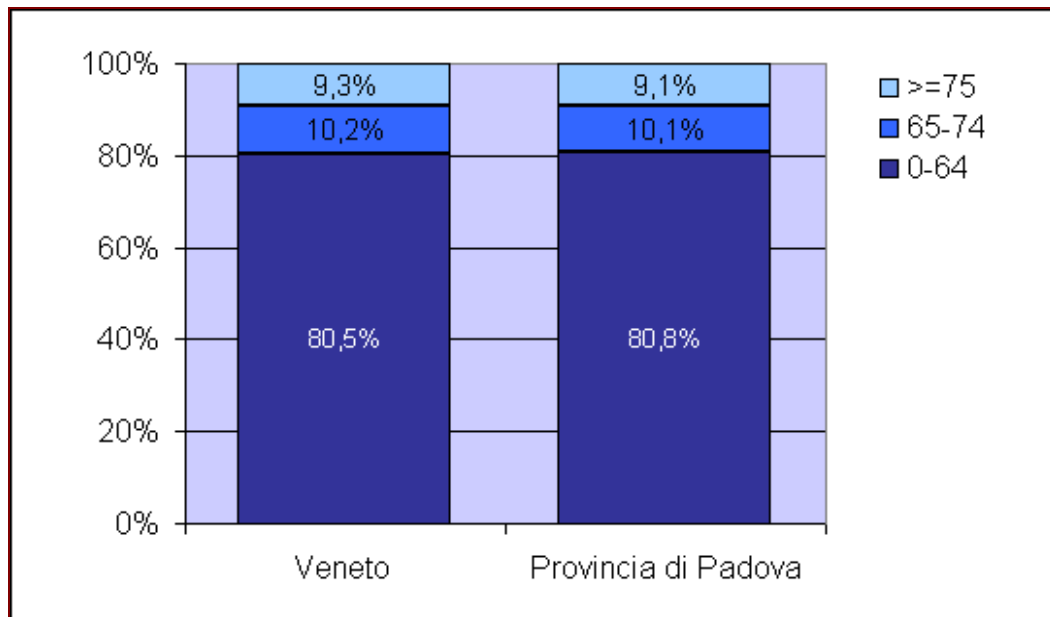


Figura 2:

Popolazione ultrasessantacinquenne del Veneto: proiezione al 2050 da dati demografici Istat

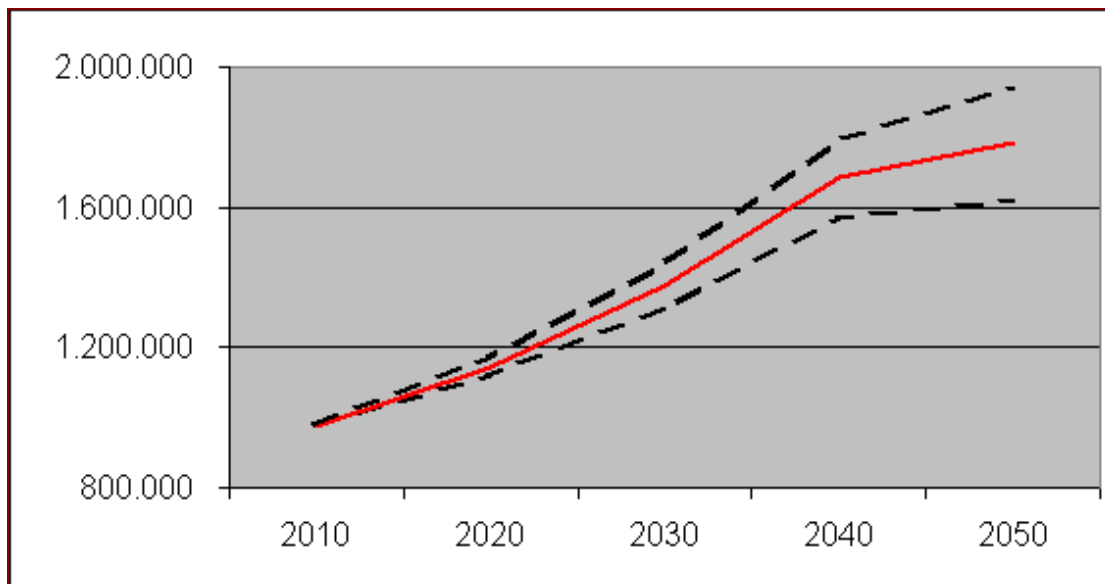


Figura 3:

Comuni del territorio dell'ULSS 16 di Padova: suddivisione in distretti.

N.B. Dal 01.01.2010 si è aggiunto al territorio dell'ULSS 16 di Padova un sesto Distretto, corrispondente a Piove di Sacco e comuni limitrofi.

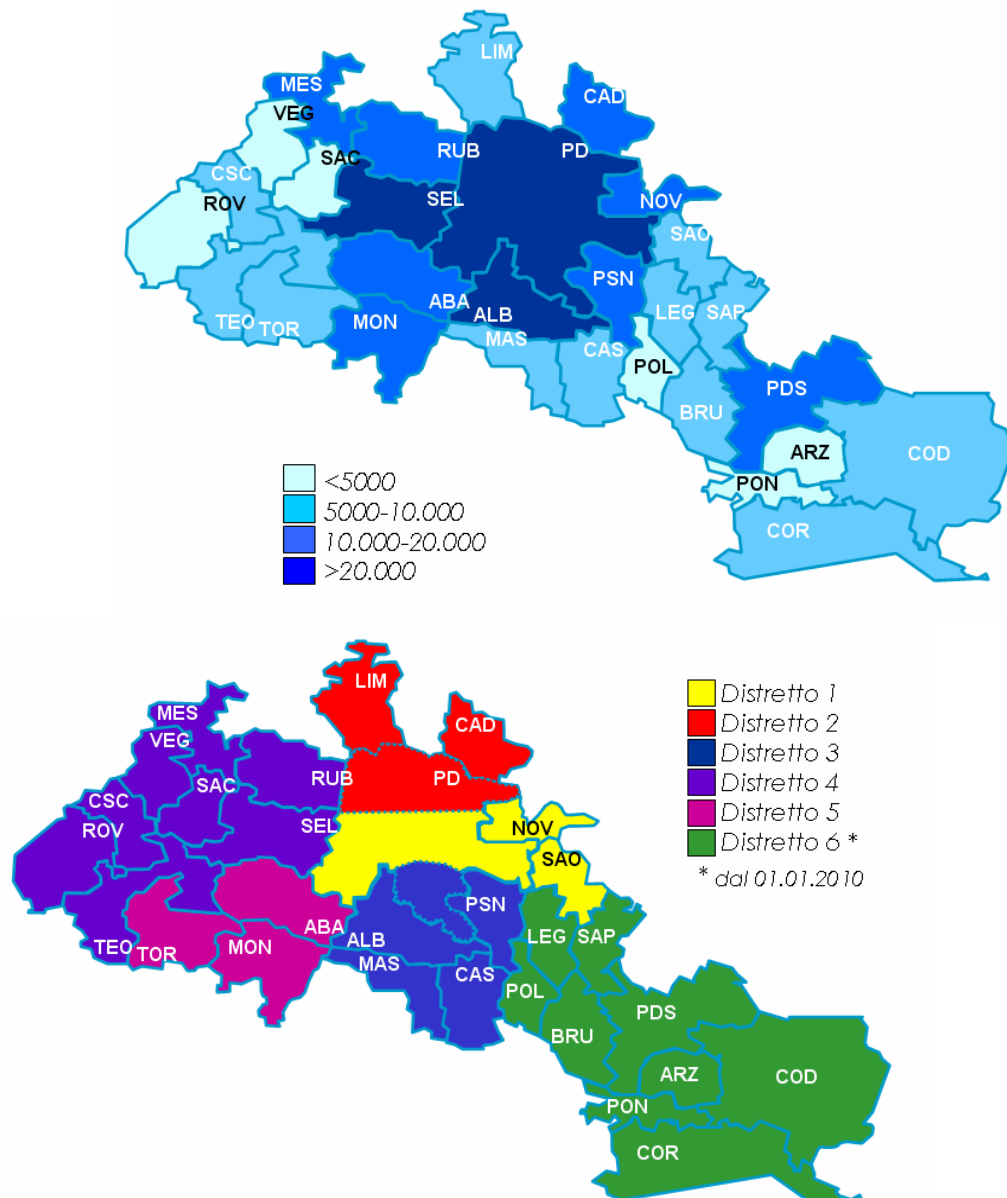


Figura 5:

Riduzione del tasso di ricovero per le patologie comprese e non comprese nel “Progetto Anziano” dell’Azienda ULSS 16 , Padova

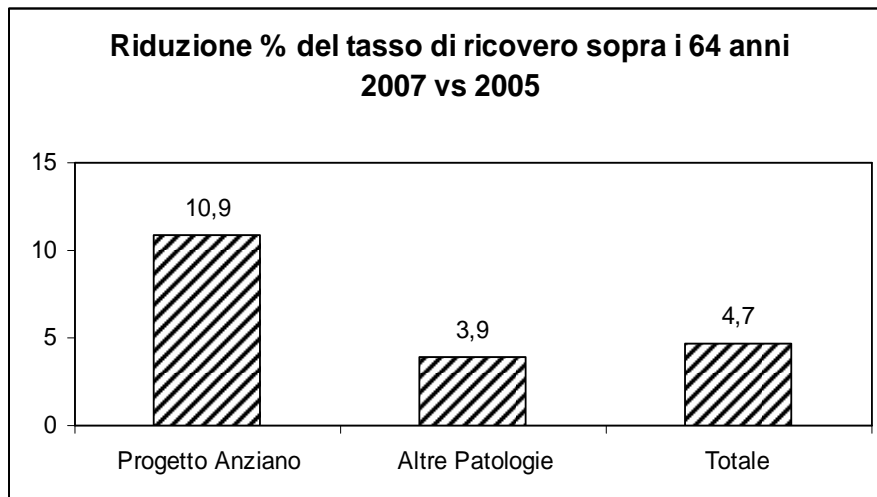


Figura 6:

Schema rappresentativo dei percorsi per l'anziano che accede al DEA dell'Ospedale S. Antonio dell'azienda ULSS 16 di Padova

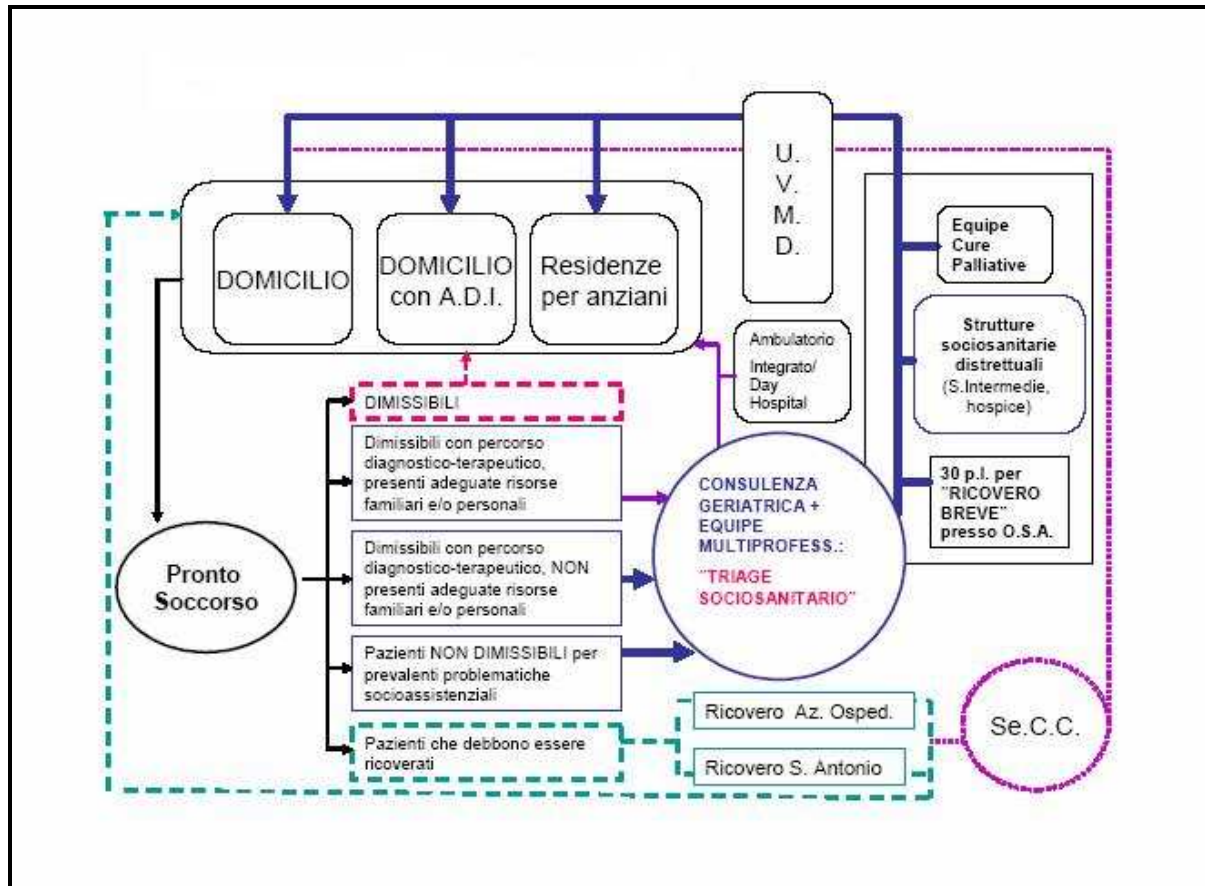


Figura 7:

Reparti di provenienza (alto) e di destinazione (basso) dei pazienti ospitati presso al Struttura Intermedia

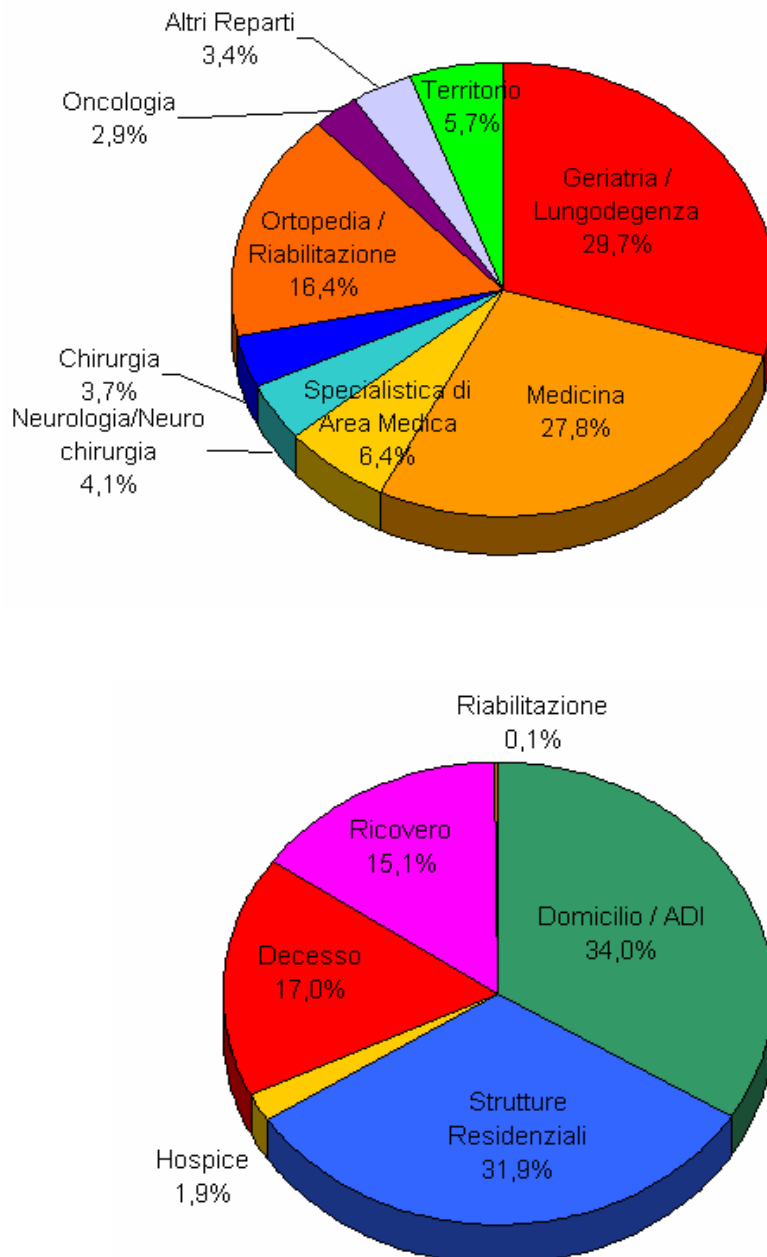


Figura 8:

Progetti definiti dalle UVMD nell'ambito della rete delle Cure Palliative; anni 2003-2009.
Azienda ULSS 16 , Padova

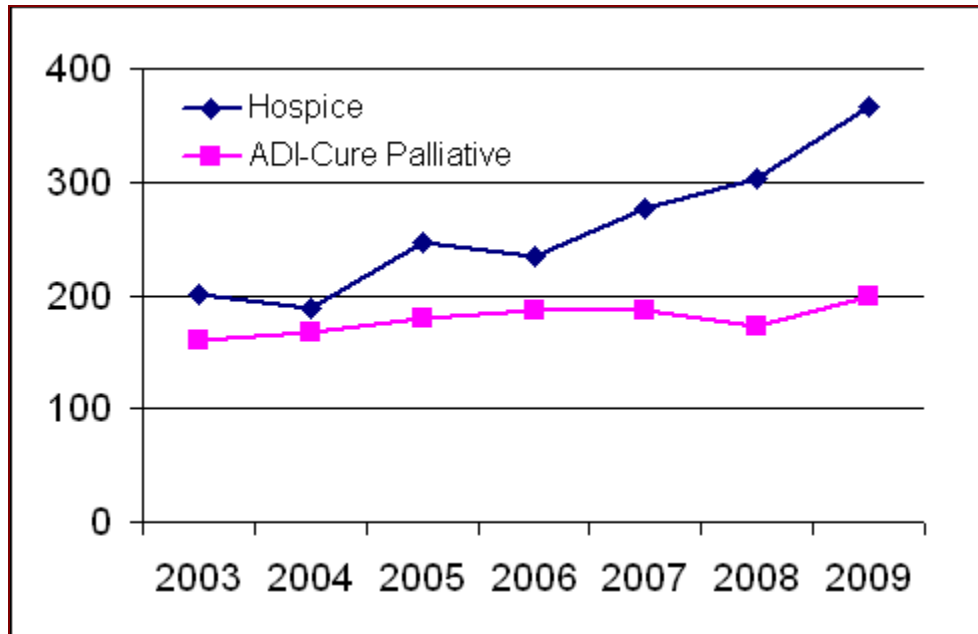


Figura 9:

Accessi dei residenti ULSS 16 per anno e colore-triage al Pronto Soccorso Pediatrico (alto) ed al Pronto Soccorso (>15 ANNI DI ETA) (basso)

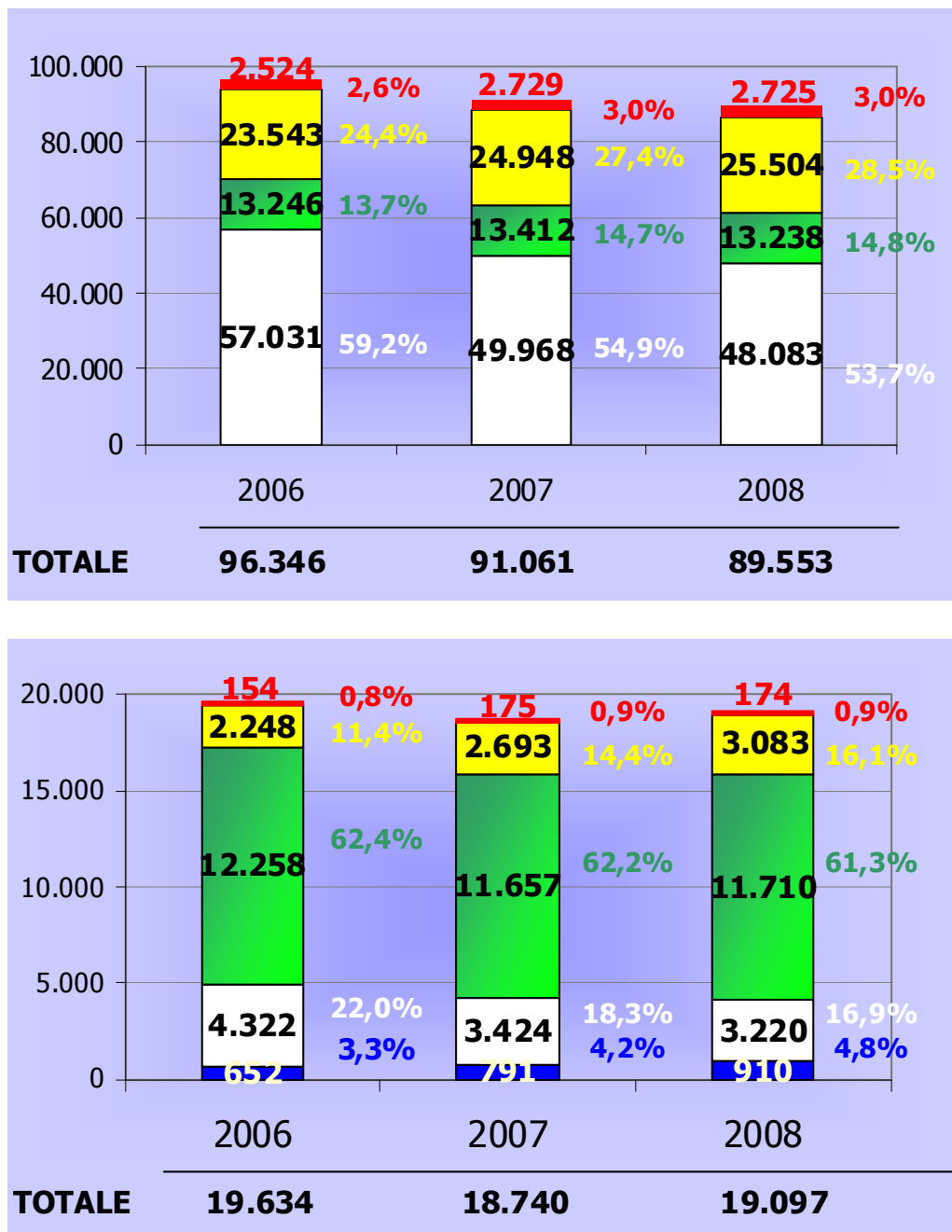


Figura 10:

Andamento del Tasso annuo di Ospedalizzazione 2005-2009 per i residenti nel territorio dell'a AULSS 16 di Padova

Fonte dati: 2005-2008: elaborazioni su dati SDO-DWH-reg al 10/8/2009; 2009: stima su dati mobilità (al I semestre) e su dati Qlik (al 31/07/2009)

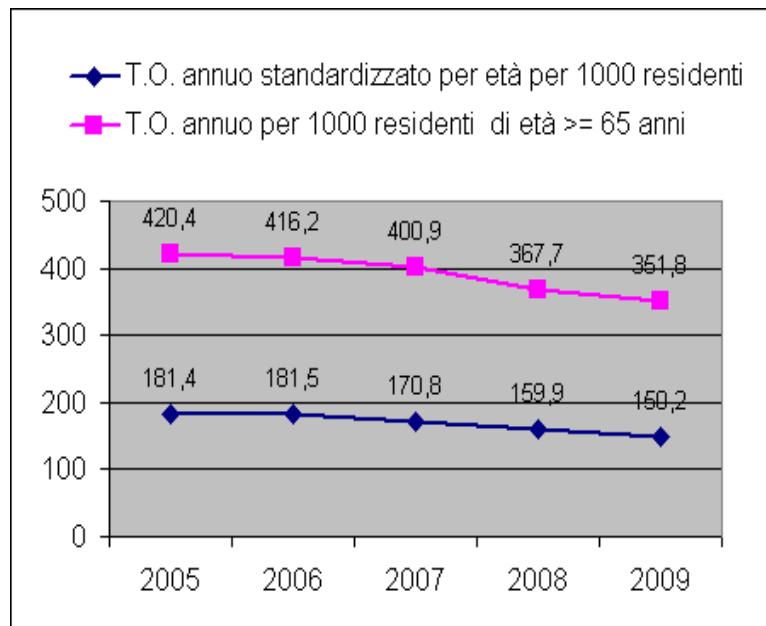
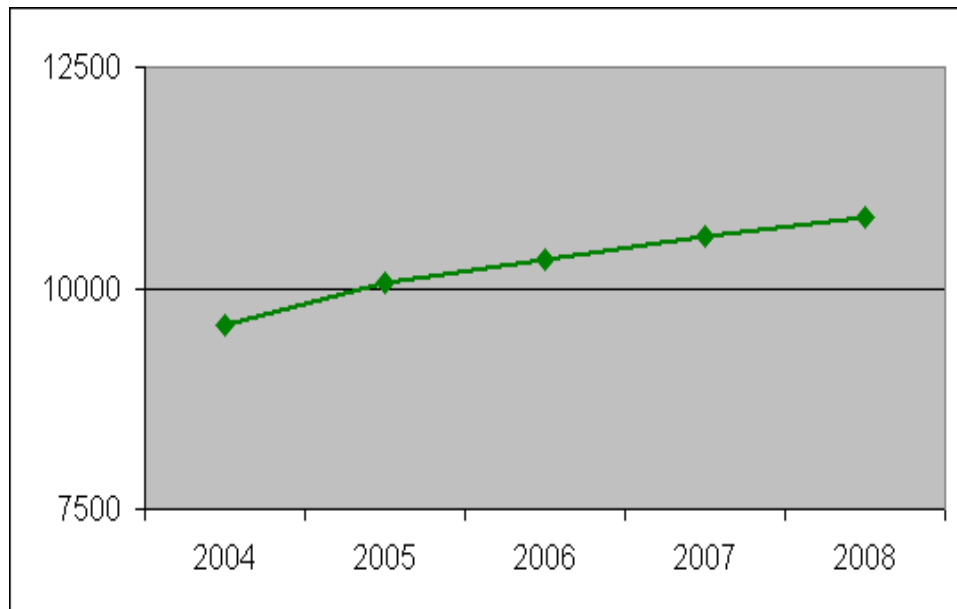


Figura 11:

Numero di utenti che almeno una volta nell'anno hanno usufruito di servizi domiciliari dell'ULSS 16 di Padova (2004-2008)



9. Bibliografia:

1. Maggi S, Marzari C, Crepaldi G. Epidemiologia dell'invecchiamento. In: Guglielmi G, Schiavon F, Cammarota T (eds). "Radiologia geriatrica". Milano: Ed. Springer-Verlag Italia 2006; 13-20
2. Regione Veneto – Osservatorio Regionale Immigrazione. IMMIGRAZIONE IN VENETO, Caratteristiche socio-demografiche e lavorative. www.venetoimmigrazione.it
3. Winograd CH, Gerety MB, Chung M et al. Screening for frailty: criteria and predictors of outcome. J Am Geriatr Soc 1991; 39 (8): 778-784
4. Brody KK, Johnson RE, Douglas Ried L. Evaluation of a self-report screening instrument to predict frailty outcomes in aging populations. Gerontologist 1997, 37(2): 182-191
5. Rockwood K. What would make a definition of frailty successful? Age Ageing 2005, 34(5): 432-434
6. Jones D, Song X, Mitnitski A and Rockwood K. evaluation of a frailty index based on a comprehensive geriatric assessment in a population based study of elderly Canadians. Aging clin exp res 2005. 17(6): 465-471
7. Casagrande D, Olivari G. L'anziano fragile: uno sguardo della Medicina Territoriale. www.osservareperconoscere.it
8. Bernabei R, Venturiero V, Tarsitani P, Gambassi G. The comprehensive geriatric assessment: when, where, how. Crit Rev.Oncol.Hematol. 2000;33:45-56
9. Naylor MD, Brooten D, Campbell R, Jacobsen BS, Mezey MD, Pauly MV et al. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial. JAMA 1999;281:613-20.
10. Rubenstein LZ, Siu AL, Wieland D. Comprehensive geriatric assessment: toward understanding its efficacy. Aging Clin Exp Res 1989;1:87-98.
11. Regione Veneto – Legge Regionale 64, 1975.
12. Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia - Legge regionale 23 Giugno 1980, n. 14
13. Alma Ata Declaration on primary health care – 1978
14. Regione Veneto –DGR n. 1721/98, 2799/98 e 3979/99
15. Gallina P, Saugo M, Antoniazzi M et al. Validazione della Scheda per la Valutazione Multidimensionale dell'Anziano (SVAMA). Tendenze Nuove 2006 (3): 229-264
16. Donato D, Focarile F, Corti MC et al. Il progetto anziano nella ULSS 16 del Veneto: obiettivi, metodologia e risultati preliminari. Giornale Di Gerontologia 2005, VOL 53 (2); A27

10. Elenco degli allegati:

Allegato 1: “determinazione degli standard organizzativi-gestionali e strutturali sulle RSA per anziani e persone non autosufficienti ...”

Con la DGR 2034/94 prende avvio la ricerca di un metodo di lavoro che migliori il servizio di erogazione dei servizi soci -assistenziali. Viene identificata l'Unità Operativa Distrettuale come porta di accesso unica alla rete dei servizi integrati.

Allegato 2: DGR 561/98: “Schema tipo di Regolamento sull'attività di valutazione multidimensionale e presa in carico dell'Unità Operativa Distrettuale Assistenza Anziani ed Età Adulta”

Questa delibera definisce le modalità di erogazione dei servizi socio - assistenziali. Viene emanato lo "Schema tipo di regolamento sull'attività di valutazione multidimensionale e presa in carico dell'Unità Operativa Distrettuale Assistenza Anziani ed Età Adulta".

Allegato 3: DGR 1721/98: “Scheda per la Valutazione Multidimensionale dell'Anziano: sperimentazione”

Viene proposta la scheda S.V.A.M.A. (Scheda di Valutazione Multi Dimensionale dell'Anziano) quale strumento di valutazione adottato dalle Unità di Valutazione Multi Dimensionale per l'accesso alla rete dei servizi territoriali ed in particolare all'assistenza domiciliare integrata

Allegato 4: DGR 5273/98: "Linee guida regionali sull'attivazione delle varie forme di A.D.I."

La Giunta Regionale del Veneto definisce i profili dell'assistenza domiciliare sanitaria (assistenza riabilitativa, infermieristica, programmata e integrata) e socio-sanitaria.

Allegato 5: DGR 3979/99 “Valutazione multidimensionale dell'adulto e dell'anziano. Approvazione SVAMA”

La scheda SVAMA, dopo il periodo di sperimentazione, viene adottata in tutta la Regione Veneto, quale strumento di valutazione nella rete dei servizi

Allegato 6: DGR 1722/04: “sistema informativo di distretto – modulo A.D.I. (Assistenza Domiciliare Integrata) – approvazione degli standard regionali per l’acquisizione delle informazioni

Vengono definiti gli standard minimi di numero di accessi mensili corrispondenti ai diversi profili organizzativi dell'A.D.I. (sub allegato 4_1 "Classificazione dei profili organizzativi"). Con lo stesso provvedimento vengono, inoltre, approvati gli standard regionali per l'alimentazione del flusso informativo secondo i contenuti precisati nell'allegato 1 al medesimo provvedimento e già implementati nella sperimentazione che ha coinvolto le Aziende Ulss n. 4, n. 7 e n. 16

Allegato 7: DGR 4588/07 Attività delle Unità di Valutazione Multidimensionali Distrettuali (U.V.M.D.) di cui alla DGR 3242/01 – Approvazione linee di indirizzo alle A.Ulss

Aggiornamento delle linee guida per le attività ad elevata integrazione socio sanitaria, per i casi complessi e per l'accesso ad alcune delle prestazioni e dei servizi della rete

Allegato 8: Documento “Buone Prassi per la Valutazione Multidimensionale e la definizione di Progetti Assistenziali Integrati (approvato dalla Conferenza dei Sindaci il 31.05.2004)

Documento condiviso tra ULSS 16 e Conferenza dei Sindaci dei comuni che operano nel territorio, per quanto riguarda le attività di Valutazione Multidimensionale e di UVMD

Allegato 9: ULSS 16 – Piano locale Domiciliarità 2007-2009

Allegato 10: ULSS 16 – Piano locale Non Autosufficienza 2007-2009